

ПЕРВИЧНО НЕ ИЗЛЕЧЕННОЕ И РЕЦИДИВНОЕ СТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН

А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко, Г.В. Юцевич

Гродненский государственный медицинский университет
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Не решенной проблемой в хирургии стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин является сравнительно частое развитие рецидивов. По данным ряда исследователей частота неудачных операций по поводу стрессового недержания мочи составляет от 10 до 30%. [1, 5]. Это подтверждает необходимость поиска путей повышения эффективности операций по поводу СНМ.

В специальной литературе термином «рецидив стрессового недержания мочи» обозначается сохраняющееся недержание мочи сразу после антистрессовой операции, или повторное появление симптоматики стрессового недержания мочи (СНМ) по истечению некоторого периода полной континенции. С позиций патогенеза этих двух состояний объединять этим термином не излеченное хирургическим вмешательством СНМ и вновь возникшее СНМ после какого-то периода клинического выздоровления в принципе не верно. По этому мы считаем правильным называть сразу не поддавшееся хирургической коррекции СНМ или возобновившееся в течение месяца после операции *«первично не излеченным СНМ»*, а повторно возникшее СНМ, по истечению нескольких месяцев или лет полной континенции – *«рецидивом СНМ»*. Этими определениями мы и будем пользоваться при последующем изложении настоящей статьи.

Целью сообщения является анализ причин первично не излеченного и рецидивного СНМ после некоторых антистрессовых операций и результатов лечения таких больных.

Материал и методы. Провели анализ результатов хирургического лечения 291 женщины по поводу СНМ различными методами. У 44(15,1±2,1%) из них сразу после антистрессовой операции сохранялось СНМ (первично не излеченное СНМ) и у 18 (6,2±1,4%) симптомы СНМ возникли повторно через 4–18 месяцев после антистрессовой операции (рецидив СНМ) (таблица).

Повторная хирургическая коррекция первично не излеченного СНМ потребовалась 24 пациентам, 3 женщины ввиду незначительного объема теряемой мочи лечатся консервативно и 17

женщинам увеличено натяжение подуретральной ленты на следующий день после операции по принципу TVT (таблица).

Всем 18 женщинам с рецидивным и 18 с первично не излеченным СНМ выполнили повторную антистрессовую операцию в виде имплантации под уретру синтетической ленты с позадилонным ее расположением (принцип операции TVT). У 6 больных, которым в качестве первой операции выполнена кольцо–уретросуспензия нитями по методу Лоренца восстановление континенции осуществлено на 2–3 сутки после первой операции путем повторного обнажения нитей в ране передней брюшной стенки и увеличения их натяжения.

Результаты и обсуждение. Анализ первичной не излеченности СНМ и возникновения рецидивов после антистрессовых операций показал, что ведущей причиной неудачных операций явились – **погрешности техники вмешательства, которые не позволили создать адекватную опору для проксимального отдела уретры.**

На практике приходится рассматривать 2 варианта тактики в случаях первичной не излеченности СНМ:

- 1) повторное хирургическое вмешательство не требуется,
- 2) необходима повторная хирургическая коррекция СНМ.

Среди 44 женщин с первично не излеченным СНМ, оперированы повторно 24 (таблица). Причем у 6 больных с первично не излеченным СНМ после операции Лоренца провели раннюю коррекцию степени натяжения подуретральных нитей в сроки 2–3 дня после операции, а остальным 18 больным повторно операцию выполнили через 1,5–2 месяца после первого вмешательства. Этим 18 женщинам повторное вмешательство проведено в виде подуретральной имплантации свободной синтетической петли с позадилонным расположением ленты (принцип операции TVT). При контрольном обследовании через 12–24 месяца после повторных операций все 24 женщины мочу удерживают, эпизодов СНМ не отмечают.

Таблица – Частота первично не излеченного и рецидивного СНМ в зависимости от выполненного антистрессового хирургического вмешательства

Вид первой антистрессовой операции и кол-во оперированных больных	Первично не излеченное СНМ		Рецидивы СНМ
	Кол-во случаев первично не излеченного СНМ	Кол-во больных подвергнутых хирургической коррекции первично не излеченного СНМ	Кол-во больных с рецидивом СНМ, подвергнутых хирургической реконструкции
ММК n = 47	7 (14,9±5,2%)	5 (10,6±4,5%)	3 (6,4±3,6%)
Берч n=57	6 (10,5±4,0%)	5 (8,8±3,7%)	4 (7,0±3,4%)
Лоренц n = 74	6 (8,1±3,1%)	6* (8,1±3,1%)	4 (5,4±2,6%)
TVT n= 86	21 (24,4±4,6,%) 17**	4 (4,6±2,2%)	4 (4,6±2,2%)
TVT–О n=27	4 (14,8±6,8%)	4 (14,8±6,8%)	3 (11,1±6,0%)
Итого 291	44 (15,1±2,1%)	24 (8,2±1,6%)	18 (6,2±1,4%)

* больным проведена ранняя (через 2–3 суток после первой операции) коррекция степени натяжения подуретральных нитей.

** ликвидация первичной не излеченности увеличением натяжения подуретральной ленты на следующий день после операции.

У всех 18 женщин с рецидивом СНМ кашлевая проба и проба Bonney были положительными, что свидетельствовало в пользу несостоятельности подуретрального тканевого гамака. Выполнив МРТ 9 пациенткам, подтвердили повышенную мобильность шейки мочевого пузыря и открытие уретры на высоте пробы Вальсальвы и при кашле.

Все 18 женщин повторно оперированы – выполнена петлевая операция синтетической сетчатой лентой по принципу TVT.

После неудачных операций TVT или TVT–О повторную субуретральную имплантацию синтетической ленты выполняли после резекции подуретрального сегмента ранее установленной ленты.

Континенция на день выписки из стационара восстановлена у всех 42 оперированных женщин.

Анализ особенностей техники анализированных нами первичных операций по поводу СНМ позволил сделать вывод о том, что профилактика первичной не излеченности СНМ возможна только при петлевых операциях по принципу TVT и TVT–О путем некоторого изменения этапов операции.

Выполняя операцию по принципу TVT мы выводим свободные концы ленты на переднюю брюшную стенку над лоном и оставляем их под повязкой. Это позволяет в случае необходимости провести коррекцию степени натяжения ленты. На вторые сутки после операции больной выполняем кашлевую пробу после введения в мочевой пузырь 200 мл фурацилина. Если отмечается подтекание жидкости из уретры при кашле, то ленту осторожно подтягиваем до момента удержания жидкости в пузыре при кашле. Когда континенция достигнута положение ленты на брюшной стенке фиксируется и пациентка пытается самостоятельно опорожнить мочевой пузырь. Если пациентке удастся акт мочеиспускания, то измеряем объем остатка фурацилина в мочевом пузыре. При объеме оставшегося после опорожнения мочевого пузыря фурацилина до 50 мл считаем, что мочеиспускание будет адекватным и ленту на брюшной стенке оставляем в таком положении на 1–2 суток. Если количество остающегося в мочевом пузыре фурацидина превышает 50 мл, то проводим 2–3 бужирования уретры бужом № 20 Ch.

Если пациентка самостоятельно не может опорожнить мочевой пузырь, то ослабляем натяжение ленты смещением уретры вниз прямым бужом. На следующий день повторяем контрольную процедуру по оценке возможности и адекватности опорожнения мочевого пузыря.

Корректировать степень натяжения ленты на следующий день после операции пришлось в 6 случаях: в 4-х случаях пришлось увеличить натяжение ленты из-за подтекания мочи при проведении кашлевой пробы и в двух случаях пришлось ослабить натяжение ленты в силу избыточной обструкции уретры лентой.

Анализ результатов реконструктивных операций по поводу рецидивного и первично не излеченного СНМ показывает хорошие непосредственные результаты операций выполненных по принципу TVT с позадилоным расположением синтетической сетчатой ленты и полное восстановление континенции в сроки 12–22 месяца после повторной операции. Вместе с тем у двух женщин отмечено наличие остаточной мочи в объеме 60–80 мл.

Выводы.

1. Операция субуретральная петлевая пластика с использованием синтетической сетчатой ленты с позадилоным ее расположением (принцип операции TVT) является универсальным методом восстановления континенции при первично не излеченном и рецидивном СНМ.

2. При хирургическом лечении СНМ операций по принципу TVT целесообразно концы синтетической ленты временно выводить на кожу передней брюшной стенки, что позволит, в случае необходимости, после операции провести коррекцию степени натяжения ленты и избежать первичной не излеченности СНМ и избыточную обструкцию уретры.

Литература

1. Пушкарь Д.Ю. Диагностика и лечение недержания мочи при напряжении у женщин / Д.Ю. Пушкарь, К.П. Тевлин // Consilium medicum. – 2001. – Т.3. – №7. – С. 23–27.
2. Савицкий Г.А. О некоторых принципиальных вопросах хирургического лечения недержания мочи при напряжении у женщин / Г.А. Савицкий, А.Г. Савицкий // Журнал акушерства и женских болезней. – 1999. – Вып. 1. – С.7–12.
3. Blaivas J.G. Stress incontinence: classification and surgical approach / J.G. Blaivas, C.A. Olsson // J. Urol. – 1988. – Vol.1991. – Vol.139. – P.727–732.
4. Jakowicki J.A. Klasyczne operacje w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu i zaburzeń statyki narządu płciowego kobiet – ich rola we współczesnej uroginekologii: / J.A. Jakowicki // Uroginekologia praktyczna (red. Tomasz Rechberger). – Lublin, 2007. – S.237–240.
5. Kotarski J. Zaburzenia statyki narządu rodного. Wysiłkowe nietrzymanie moczu – niedowartościowany problem kliniczny: materiały Sympozjum Naukowego Sekcji Ginekologii Operacyjnej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego/ Białystok, 25–27 listopada 1999. Białystok, 25–27 listopada 1999 / Białystok, 1999. – s.117–124.